Quatrième Année N[os] 8 et 9 Novembre-Décembre 1894

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France . . . . **10** fr. par an
Étranger. . . . . **12** fr. —

PARIS

L. BATTAILLE & C[ie]

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, Place de l'Ecole-de-Médecine, 23

MEMBRES TITULAIRES :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Bonnier.
4. Boucheron.
5. Cartaz.
6. Chatellier.
7. Colin.
8. Courtade.
9. Duplay.
10. Garnault.
11. Garrigou-Desarènes.
12. Gellé.
13. Gilles.
14. Gouguenheim
15. Hermet.
16. Jouslain.
17. Ladreit de Lacharrière
18. Lévi.
19. Lœwenberg.
20. Lubet-Barbon.
21. Luc.
22. Marage.
23. Martin.
24. Mendel.
25. Ménière.
26. Miot.
27. Potiquet.
28. Reynier.
29. Ruault.
30. Saint-Hilaire.

MEMBRE HONORAIRE :

Moura-Bourouillou

COMPOSITION DU BUREAU
pour l'année 1894

Président............	Ruault.
Vice-Président.......	Ménière.
Secrétaire général...	Saint-Hilaire.
Secrétaire annuel....	Bonnier.
Trésorier............	Marage.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr Saint-Hilaire, *Secrétaire général. Avenue de l'Opéra, 11*

Nos 8 et 9 QUATRIÈME ANNÉE NOVEMBRE-DÉCEMBRE 1894

BULLETINS ET MÉMOIRES
DE LA SOCIÉTÉ
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS

Séance du 9 Novembre 1894

Présidence de M. RUAULT

Le Torticolis abaure lœsâ

Par le Dr GELLÉ (1)

On observe, avec les maladies de l'oreille, toutes espèces de déviations de la tête, depuis l'attitude penchée et le geste de rotation du monosourd qui tend sa meilleure oreille, jusqu'à la déviation fixe du mal sous-occipital, ou des arthropathies cervicales; depuis la contracture permanente du sterno-cléïdo-mastoïdien jusqu'à la raideur de la plupart des masses musculaires de la nuque ; depuis le torticolis passager jusqu'au tic convulsif, à aurâ otique, sans négliger le torticolis postérieur ou raideur de la nuque, dont la signification est bien connue. Je m'occuperai surtout, dans ce travail, du torticolis musculaire antérieur, celui qui résulte de la contracture ou du spasme du sterno-cléïdo-

(1) Travail dont le résumé a été communiqué au *Congrès de médecine interne* à Lyon.

mastoïdien, dont les rapports avec les affections auriculaires sont presqu'ignorés, et dont la coïncidence avec les affections graves de l'organe de l'ouïe a depuis longtemps attiré mon attention.

On a déjà admis et classé le torticolis oculaire ; je pense qu'après lecture de ma thèse vous admettrez, avec moi, l'existence du torticolis auriculaire ; et vous conclurez à la nécessité de faire l'examen de l'oreille dans tout torticolis.

Je vais tout d'abord rapidement montrer quels liens unissent la fonction et l'appareil auditifs à la contraction du muscle sterno-mastoïdien ; mes arguments sont tirés de la physiologie, de l'expérimentation et de l'anatomo-pathologie.

Les allures et formes du torticolis, ses signes chez l'enfant en bas âge, seront ensuite exposés. Après cela viendra l'analyse étiologique de ce symptôme dans les otites suppuratives aïgues, dans l'otorrhée et les poussées infectieuses récentes, enfin dans les affections labyrinthiques et les otites non suppuratives.

J'exposerai et discuterai ensuite des faits cliniques, qui montrent le torticolis comme phénomène isolé en apparence, et cependant lié à des lésions graves et méconnues de l'oreille et des annexes.

Je citerai, en terminant, quelques cas personnels de surdité liée à du torticolis osseux, et d'autres où elle accompagne un torticolis spasmodique.

Des conclusions courtes résument les points importants du travail.

I. — L'oreille et le sens de l'ouïe sont en rapport constant avec les muscles de la rotation de la tête et du cou, dans l'orientation, et dans la recherche de la source du son.

Les contractions du sterno-cléïdo-mastoïdien et du trapèze sont des actes instinctifs et coordonnés qui dirigent l'oreille vers tous les points de l'horizon : l'action du nerf spinal dans ces actes physiologiques est prépondérante.

M. Maubrac, dans sa thèse, remarque que l'excitation sensorielle du côté droit fait contracter le sterno-mastoïdien du même côté ; le spinal droit est donc actionné par l'hénisphère cérébral droit. (Maubrac, p. 51. 1883. *Recherches anat. et physio. sur les muscles sterno-cléïdo-mastoïdiens.*

En clinique, on trouve la contracture du côté même de la lésion. Ferrier a montré, chez le singe, entr'autres, que si l'excitation porte sur la circonvolution temporo - sphénoïdale postérieure, l'oreille opposée se dresse, et la tête et les yeux se tournent du côté opposé. Ces mouvements sont synergiques ; ils ont un foyer commun. Ceci explique sans doute pourquoi les mêmes irritations otiques provoquent les troubles moteurs de l'œil et le torticolis avec rotation de la tête à l'opposé.

D'autre part, on sait depuis les expériences de Marchall-Hall (1872), de Rochefontaine, de Duret (1877), que les blessures et irritations de la dure-mère s'accompagnent aussi de ces mouvements des yeux et de la tête et, qu'il en résulte de plus, de graves troubles vaso-moteurs dans le globe oculaire et dans l'hémisphère du même côté.

En clinique, Toynbee (p. 330 et suiv.) a signalé déjà les troubles de la vue, le strabisme et la diplopie, au cours des affections auriculaires graves. Le Professeur Tillaux y a de nouveau insisté; et Gervais, dans sa thèse, le rappelle et cite quelques faits à l'appui. (Gervais, 1879, Paris — Des abcès mastoïdiens).

Le réflexe, non parti de la caisse du tympan, mais par l'irritation des méninges, peut donc causer le torticolis.

D'ores et déjà, c'est là un signe sérieux de menaçantes complications du côté de la dure-mère, au cours des otites aïgues suppuratives ; et si, avec Zaufal, on explore le fond de l'œil à ce moment, on y trouvera parfois des altérations significatives ; et certes, cette association du spasme sterno-mastoïdien aux lésions du fond de l'œil, dans l'otite aïgue, est un signe capital et une indication précise d'intervenir le plus tôt possible pour soulager les méninges.

Donc en temps qu'auxiliaire des organes des sens, de la vue et de l'ouïe, ainsi que le qualifie M. Maubrac, le sterno-cléïdo-mastoïdien peut être frappé de contracture, et produire de la raideur du cou et des attitudes anormales de la tête dans les otopathies ; mais de plus, le voisinage des méninges, autre source de réflexe du même ordre, susceptibles d'être atteintes dans les affections auriculaires, rend plus redoutable encore l'apparition du torticolis antérieur ou postérieur (Delore).

II. — L'anatomie pathologique, et l'expérimentation, ont établi l'évidence de ces rapports étiologiques entre les lésions otiques et la contracture du sterno-mastoïdien et les déviations de la tête. C'est dans les suppurations spontanées ou traumatiques de la caisse et de l'oreille interne que ce symptôme apparaît le plus souvent, mais non exclusivement.

Ces déviations du cou sont très accusées chez les oiseaux après la blessure des canaux semi-circulaires. Laborde a rapporté en détails, le cas d'un dindon, ainsi opéré, dont le col tordu en s, ne permettait plus à l'animal de s'alimenter. Ces torticolis abaure lœsâ sont des contractures réflexes, et cèdent totalement sous le chloroforme, bien qu'irréductibles.

J'ai observé également le torticolis, très net, avec torsion du cou et déviation accentuée de la face chez des lapins atteints des troubles de l'équilibre et des mouvements de rotation qui caractérisent les lésions expérimentales des canaux semi-circulaires ; leur maladie était spontanée.

Et je trouvai à l'autopsie toutes les lésions que l'on a signalées chez l'homme dans l'otite suppurative ; la suppuration de la bulle, la chute des osselets, la destruction de l'oreille interne, et des canaux membraneux ; chez quelques uns, comme chez l'homme, le pus avait suivi la gaîne des nerfs acoustiques, et les méninges étaient prises ; or, tous offraient la contracture irréductible des muscles du côté de la lésion, mais disparaissant sous le chloroforme. Fait curieux, un de ces lapins atteints de crises de mouvements incoordonnés ou limités à un seul sens, que me fit remettre le Dr Magnan, n'offrit à l'autopsie qu'une suppuration de la bulle (caisse des animaux), et une soudure de l'étrier ; je ne pus découvrir aucune altération dans l'oreille interne, ni dans le cerveau. Il semble permis de conclure que l'excitation, l'irritation limitées à la caisse du tympan et au labyrinthe, suffisent pour provoquer les troubles des mouvements si étendus et la contracture des muscles du cou.

La suppuration de l'oreille moyenne, celle du labyrinthe et des canaux semi-circulaires, n'est pas nécessaire à la production de ces phénomènes.

Je les ai vus causés par l'envahissement des cavités otiques,

par les cellules rondes, lymphoïdes qui en avaient solidifié le contenu.

Ce sont là les lésions trouvées à l'autopsie d'un lapin qui offrait les accidents précités et un torticolis fixe, à la suite de la blessure expérimentale de la racine descendante du Trijumeau dans le bulbe, au cours des recherches faites par MM. M. Duval et Laborde, au laboratoire de physiologie.

Ces derniers faits sont plus démonstratifs, parce que toute participation des méninges est évitée ; et l'oreille seule paraît être le point de départ du réflexe de la contracture unilatérale. En réalité, l'oreille interne n'est-elle pas un diverticulum des méninges !

A propos de cette pathogénie des désordres des mouvements observés dans les maladies de l'oreille, il est bon de rappeler que les blessures expérimentales du limaçon n'y donnent pas lieu. (Gellé — rôle du limaçon — études otologiques, T. I et II).

Nous allons retrouver toutes ces catégories de faits, de lésions otiques et péri-otiques dans la pathologie humaine, et dans la pathogénie du torticolis abaure lœsâ.

Chez l'homme, c'est avec les suppurations aïgues ou chroniques de l'oreille et dans les complications si fréquentes à leur suite que le torticolis s'observe le plus souvent. La raideur de la nuque est alors un symptôme de mauvais augure ; c'est le plus ordinairement un signe de l'extension du processus aux méninges, et d'une fin prochaine, précédée du coma (Vaudremer, des méningites 1892).

Cependant, même en pareil cas, la pratique otologique apprend que la terminaison par la mort n'est point fatale ; une intervention active sur l'oreille, sur l'apophyse mastoïde converties en foyer infectieux, peut encore sauver le malade ; la méningite n'a peut être pas encore suppuré ; et le phénomène de contracture sur lequel on fonde le pronostic fâcheux peut avoir pour principale cause l'irritation de voisinage du foyer purulent et la fièvre locale.

III. — La clinique montre que toutes ces conditions peuvent se réaliser et sont loin d'être rares. Les pseudo-méningites qui chez les enfants se terminent avantageusement par l'issue spontanée

du pus par l'oreille sont bien connues aujourd'hui.

Il n'en est pas de même du torticolis antérieur, de la contracture unilatérale d'un muscle sterno-mastoïdien; autant le torticolis postérieur (Delord) est noté dans les observations, autant la raideur du sterno cléido-mastoïdien a peu frappé, dans ses rapports avec les lésions de l'oreille moyenne et ses suppurations même.

En général, on explique l'attitude du sujet par la douleur, et parfois par l'engorgement ganglionnaire ; la valeur pronostique très sérieuse de cette raideur unilatérale du cou est méconnue. Souvent aussi la contracture n'est pas simple et limitée au seul sterno-cléido-mastoïdien, le trapèze est près aussi ; et quelquefois, les masses musculaires latérales postérieures sont contracturées en même temps, sous l'influence de la même irritation réflexe otique, mastoïde ou autre ; parfois encore les deux muscles sont simultanément raidis et tendus, et la tête penche en avant directement.

Bien que rare, j'ai pu recueillir dans ma pratique, un certain nombre de faits où ce signe est noté. Je n'ai trouvé dans la littérature médicale qu'un travail de Radsach, sur ce sujet : « le torticolis dans les otites » ; encore n'en ai-je que l'extrait suivant :

Cet auteur américain y donne cette opinion formelle : « l'appa-» rition d'un torticolis au cours d'une otite moyenne indique » toujours que l'apophyse mastoïde est atteinte ».

(Radsach, in *N. Y. médec. Record*, 27 juin 1891, et extrait dans *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, juillet 1892, n° 7. T. XVIII). Je ne connais pas d'autre étude sur le sujet.

Le professeur Lamelongue, dans une leçon récente (1884) sur les arthrites cervicales, discutant l'étiologie du torticolis, dit rhumatismal, ne parle pas du torticolis otique.

Que la suppuration otique soit connue ou non, l'apparition du torticolis latéral antérieur, sans avoir une signification aussi désespérante que le postérieur, peut aussi annoncer, nous le verrons tout à l'heure, de graves complications de l'otite suppurée, ou masquer au contraire une otite sans symptôme saillant ; à ces

deux titres la valeur doit-être étudiée au point de vue de la sémiotique auriculaire.

Nous avons du reste déjà dit que c'est sur ce point surtout que notre travail va porter.

L'anatomie pathologique nous fait voir qu'il existe encore d'autres modes de production de la contracture réflexe du muscle sterno-cléido-mastoïdien au cours d'une suppuration otique. On l'a observée, dans l'abcès rétro-pharyngien succédant à l'otorrhée (Urbantschitsch) ; dans les fusées purulentes qui décollent le périoste en dedans de l'apophyse mastoïde, sous la base du crâne (Urbantschitsch, p. 365). J'en ai traité un cas, chez un adulte tuberculeux atteint d'otorrhée double par carie des rochers, et qui eut des abcès multiples rétro-pharyngés successifs, avec ou sans dysphagie, et offrait des trajets fistuleux disséminés sur les côtés du cou. (Vu avec le Professeur Verneuil).

Chez un enfant de 2 ans à peine, j'ai soigné la même lésion ; la dysphagie était extrême ; et l'otorrhée ne préoccupait personne ; cet enfant eut une fusée purulente ouverte au bas du cou ; et la raideur du muscle gênait l'exploration et les pansements. (Enfant B.., 1879).

Le torticolis se montre aussi quand le pus de l'abcès mastoïde se fait jour au dehors et irrite les insertions du muscle de la rotation (obs. V, de moi, in-Gervais, des abcès mastoïdiens 1871).

J'ai encore l'observation plus récente d'une malade dont l'otite aboutit à un abcès mastoïde avec issue spontanée du pus à travers la lame osseuse, et qui souffrit pendant plus de deux mois de torticolis irréductible du côté de la lésion (obs. 5,770).

Dans ce genre les faits sont nombreux où le torticolis est noté par les observateurs ; j'en ai trouvé dans les travaux de Toynbee (1), de Schwartze (2), de Urbantschitsch (3), de Beck (4), de Vaudremer (11), de Gervais (6), de Bobone (7), de Ferrari (8), etc.

---

(1) Toynbee (p. 314, 347 et suiv).
(2) (p 297), traité d'Urbantschitsch.
(3) Urbantschitsch (p. 365).
(4) in. id. (p. 298 et 300).
(5) Radsach *N Y médi. Record* (27 juin 1891 et *annales des mal. de l'oreille et du larynx*, juillet 1892, n° 7. p. 18).

Duplay et Tillaux en ont cité dans leurs cliniques classiques. Je rappellerai la concomitance des troubles oculaires si remarquables, et des lésions du fond de l'œil sur lesquelles Zaufal a surtout et, le premier, insisté dans les otopathies (œdème, varicosité).

Une autre étiologie, toute aussi active, bien que plus rare, de la contracture du sterno-mastoïdien, est la compression ou l'irritation directe du nerf Spinal à son passage au trou déchiré postérieur; c'est tantôt une fusée purulente sortie de la caisse tympanique qui l'atteint; tantôt c'est une thrombose consécutive de la jugulaire qui le refoule, et parfois le nerf Pneumo gastrique avec lui (Toynbee (1), Schwatze et Urbantschitsch, p. 341-365.

---

(6) Duplay, leçons sur les mastoïdes (*Union médicale*).
(7) Gellé, 2e cahier, de la Salpétrière (Gohin p. 201).
(8) Gervais (obs. de Gellé p. thèse de Paris et Tillaux in thèse de Gervais).
(9) Bobone (obs. 1). Bottino delli. mal. de Gola, etc, no 3-4 1884. Florence et annales des malad. du larynx et de l'oreille, 1892.
(10) Ferrari (p. 432 obs. otite suppurée et mastoïdite, indirézzo pratico alla dignosi et cura delle malatti d'orreechio).
(11) Vaudremer, des méningites (thèse de Paris 1892).
(12) Féré. contribution à la pathologie de spasmes fonctionnels du cou. (*Revue de médecine*, septembre 1894).
(13) Lanelongue. *Bulletin médical*, 4 septembre 1894, leçons sur les arthrites cervicales.
(14) *Soc. anat.* 1885, 2e jour, (p. 814) carie du rocher, fusées purulentes sous sterno-mastoïdien et thrombase consécutive.

(1) *Affections des cellules mastoïdiennes pénétrant jusqu'au sinus latéral et affectant le nerf pneumo gastrique.*

J'avais à soigner un malade externe à l'hôpital général de Bristol, pour un écoulement de l'oreille droite, datant de plusieurs années, et pour des parosoymes de douleurs aigues revenant de temps en temps dans l'oreille et la tête, chaque fois que l'écoulement se suspendait temporairement ; tel était le cas au moment de la réception du malade. Applications de sangsues à l'apophyse mastoïde ; fomentations chaudes sur le côté de la tête — mercure.

Le lendemain, il apparait des symptômes de méningite et le malade fut reçu comme interne. Il alla mieux pendant quelques jours, mais ensuite, il commence à se plaindre de raideur et de douleurs au côté droit du cou et *de brusques attaques de difficulté de la respiration, comme en provoqueraient des spasmes de la glotte.* Un gonflement distinct descendait en forme de corde de la base du crâne au bas du côté du cou, sur le trajet de la carotide ; cette tumeur était très sen ible au toucher.

Autopsie — Carie de la portion positive de l'os temporal, méningite, obstruction du sinus latéral droit, coagulum consécutif du sang dans la jugulaire interne, et inflammation de sa gaine englobant le nerf pneumo-gastrique et spécialement le nerf laryngé inférieur.

(Toynbee, p. 541).

Le tableau symptomatique est alors bien remarquable et bien complexe ; la maladie auriculaire frappe ainsi les organes les plus divers et les plus éloignés. Combien de fois les rapports des effets à la cause ont-ils du être méconnus ? Reconnaître qu'une lésion de l'oreille en suppuration est le point de départ d'un accès d'étouffement, d'une dysphagie, d'une aphonie, d'un engorgement pulmonaire, d'un torticolis, d'un œdème de la face et de la tête, etc., n'est pas l'acte du premier venu.

Nous avons déjà dit que la contracture du sterno-mastoïdien pouvait bien passer inaperçue, quand la région latérale du cou et le cordon vasculo-nerveux étaient fortement gonflés, douloureux, engorgés, au point que le sillon a disparu ; on se trompera sur son étiologie surtout, quand les ganglions apparaissent volumineux, douloureux, provoquant une attitude forcée dans le cours d'une otorrhée ou d'une poussée aiguë infectieuse récente.

La douleur joue en effet un rôle certain dans la production du réflexe qui tend et raidit le muscle placé au contact de ces parties enflammées, dont le moindre mouvement exagère les souffrances.

Cette situation pénible amène le sujet à prendre une inclinaison, une flexion du cou avec déviation et immobilité de la tête par crainte de la douleur qui sont démonstratives.

L'impossibilité de se mouvoir et la douleur causée par l'essai des mouvements de la tête, ainsi que la tension anormale du muscle, indiquent bien le torticolis.

Le torticolis augmente encore la gravité du pronostic, et doit faire craindre une complication du côté de la jugulaire, des méninges ou du cerveau, quand la céphalalgie est énorme, la température élevée, les frissons violents, et l'état vertigineux constant.

On a vu le pus fuser dans la gaîne du sterno-mastoïdien et causer sa raideur. (Gervais, obs. V. 1879), et bulletin Soc. anatom. 1885, p. 614, 3e fasc., etc.) ; ce cas est assez fréquemment observé ; j'en ai quelques observations où l'abcès a dû être ouvert en ce point après l'incision de Wilde ou l'ouverture des cellules mastoïdes trop tardive.

L'ouverture précoce des cellules dans toute la hauteur de l'apophyse éviterait sans doute ces complications.

On peut en dire autant des abcès ganglionnaires situés le long des vaisseaux du cou, qui chez les enfants atteints d'otorrhée descendraient quelquefois jusque dans le médiastin. Nous en avons vu un cas, avec le Dr Hélary dernièrement ; le torticolis disparut avec les abcès énormes, et avec l'otorrhée initiale, compliquée d'abcès mastoïdien, cause méconnue de tout le mal.

IV. — Chez les enfants en bas âge, l'otite suppurative et ses complications évoluent avec une allure particulière ; elles s'accompagnent de douleurs vives, de cris et de plaintes avec exacerbations nocturnes, avec délire et hallucinations spéciales ; mais les signes de douleur sont les phénomènes prédominants. Ils sont exaspérés par les mouvements de la tête, quand on couche, quand on lève, quand on berce le bébé, quand sa tête n'est pas posée d'aplomb, quand il se remue (de Trœltsch, p. 400) ; Gellé (T. I. études d'otologie), etc.

Certes, la raideur des muscles du cou n'est pas facile à reconnaître, mais on constatera que les cris et les pleurs sont provoqués au moindre déplacement de la tête, quand, par exemple, on l'incline à l'opposé pour introduire le speculum, et faire l'exploration de l'oreille avec le miroir, on s'aperçoit alors de la raideur douloureuse du cou, de la crainte des mouvements et des cris de souffrance qu'ils provoquent, crises très évidemment éveillées par le tiraillement du muscle. Enfin, la pression directe l'accroît encore.

On ne peut pas ne pas reconnaître en ce cas une contracture du sterno-mastoïdien au cours d'une grippe, d'une rhinite aïgue, d'une pneumonie ou d'une fièvre grave. La raideur de la nuque est plus évidente et plus manifeste, par le renversement de la tête dans les oreillers, et l'immobilité de la face. Dans ces circonstances, l'exploration de l'oreille est d'urgence. Elle fera découvrir la cause, pronostiquer le danger avant le coma et les convulsions, et prévoir une suppuration avant l'écoulement spontané du pus, ou éviter une surdité, incurable plus tard.

Nous avons souvent cité ces faits ; nous en possédons de nombreuses observations, dont la thèse de Vaudremer en contient quelques unes (Vaudremer, des méningites suppurées, 1892 ; Gellé, précis d'otologie ; — Gellé, études d'otologie, T. I. ; —

Gellé, médecine moderne 1891, des otites grippales. De Trœltsch, maladies de l'oreille chez les enfants).

Nous avons déjà parlé plus haut des abcès rétro-pharyngés, de l'abcès mastoïde, des abcès ganglionnaires abaure lœsâ chez les jeunes enfants, et de leur coïncidence avec des douleurs musculaires et des raideurs réflexes. Il m'est arrivé aussi par contre devant ce tableau symptomatique, entr'autres chez une petite fille de 5 ans, de diagnostiquer (D^lle^ M... 1878) une arthrite cervicale ; 2 semaines après le torticolis cessé, une pleurésie simple apparût dont l'enfant guérit ; mais je m'aperçus, pendant la convalescence, qu'une oreille était devenue sourde.

De même dans les fièvres typhoïdes, la douleur dans les déplacements de la tête est quelquefois le seul signe d'une otite moyenne.

V. — Dans toutes les formes aiguës bien caractérisées, où le diagnostic de la lésion otique ne fait point question, le rapport entre le torticolis et les phénomènes observés est relativement facile à établir ; on voit qu'il n'en est plus de même quand rien ne met sur la voie d'une complication otique, quand le symptôme torticolis apparaît seul, premier signe d'un état maladif, d'aspect simple, banal, que le médecin caractérise aussitôt classiquement de rhumatismal, et qui, d'après le professeur Lanelongue, serait le plus souvent sous l'influence de l'arthrite des premières vertèbres cervicales. Cette arthrite offre chez l'enfant la même allure, mais parait s'accompagner plutôt de torticolis postérieur.

Or, il est intéressant de montrer que malgré cette allure simple et nullement inquiétante, le torticolis peut, en certains cas, déceler les complications les plus redoutables d'une vieille lésion otique, méconnue et totalement oubliée.

C'est pour avoir assisté à cette évolution insidieuse et critique que j'ai tenu à présenter ce travail devant le congrès de médecine interne.

Voici un fait, où ce que j'avance est tellement net et précis, qu'il peut suffire à appeler l'attention du médecin sur la possibilité d'une lésion otique dans le cas de torticolis récent et simple.

Observation (15 septembre 1891). — Mlle B..., de Paris, 9 ans

1/2, fille d'une mère dont l'audition est défectueuse, et l'habitus celui d'une scrofuleuse améliorée avec l'âge (nez épaté, déprimé, catarrhe habituel et obstruction facile du rétro-pharynx et des fosses nasales) ; est sujette à des écoulements d'oreilles depuis l'âge de 3 ans 1/2 ; elle n'a jamais eu mal aux yeux ; fréquentes douleurs d'oreilles et habituel catarrhe du nez et de la gorge. En 1890, l'enfant a l'ouïe affaiblie d'un côté seulement et, offre de l'obstruction tubaire à droite ; on découvre là une perforation sèche du tympan. De ce côté, la montre est entendue à 5 centimètres, de l'autre, à plus d'un mètre ; le diapason vertex est perçu du côté sourd.

Un traitement du catarrhe naso-pharyngé, des bains locaux, et le politzer sont ordonnés. Un an se passe sans revoir la malade, très améliorée.

En 1891, subitement, l'enfant est prise de torticolis à droite ; le médecin de la famille traite comme rhumatismale cette contracture douloureuse, insignifiante ; il n'y a pas de température ; cependant, il y a de l'inappétence. En 15 jours, en effet, il se produit une détente, les mouvements s'exécutent facilement, plus de raideur, douleur nulle.

A peine si le coton laissé le soir dans ce conduit est taché le matin ; 10 jours après, le torticolis par contracture à droite reparaît ; il y a de la raideur fixe du cou ; l'enfant se plaint, s'agite, la fièvre est forte, 39° et, le 3e jour, tout à coup, convulsions épileptiformes, pendant quelques heures, avec perte de connaissance, pupilles immobiles ; puis vomituritions et légère hémiplégie avec raideur à droite ; Duplay, appelé, porte un pronostic grave ; il craint un abcès intrà-crânien, car il a trouvé la lésion otique et saisi le rapport entre les accidents cérébraux et la suppuration de l'oreille et du rocher. Après quelques jours d'angoisses, d'attente, un écoulement très peu abondant mouille le coton. L'apophyse mastoïde est lisse, sèche, pâle et indolore, toujours normale, le conduit, sans aucune altération visible ; la perforation tympanique n'a pas changé ; seulement une forte goutelette de pus verdâtre bat à son niveau. Le tympan gris, mat, le fond couleur de papier mâché, surface plane et non distendue. L'air passe par le politzer et chasse un peu de liquide. Peu à

peu, sous l'influence d'un traitement topique énergique, les symptômes généraux disparaissent ; la connaissance renaît et la caisse se vide ; puis l'audition de ce côté reparaît ; 3 mois après, elle était de 40c pour la montre. Telle est cette observation résumée.

On y voit un torticolis d'allure bénigne, précéder de 3 semaines des accidents méningitiques graves que son retour accompagne. C'était une infection nouvelle, un réveil d'une vieille otorrhée profonde, dont le traitement de la lésion otique a pu arrêter le progrès. L'intelligent médecin qui m'amenait la malade disait : Que de temps perdu à traiter le torticolis symptomatique de la poussée infectieuse otitique ! Mais comment se douter qu'il y ait entre l'otorrhée et le torticolis un rapport de cause à effet ? — C'est pour fixer ce rapport que je publie ce travail. Le pronostic grave porté par le professeur Duplay, appelé en consultation, s'explique par la relation aussitôt trouvée par l'habile observateur entre le torticolis et la lésion profonde et ancienne de l'oreille moyenne, à la vue des manifestations cérébrales subitement apparues : ainsi, le mal attaqué à son foyer otique a été vaincu.

Voici un 2e fait, où le tact du médecin traitant, le Dr Leboucq, sauva également la malade, dans des circonstances aussi pénibles.

Observation II. — Otorrhée ancienne droite, séchée ; fièvre typhoïde ; convalescence franche ; torticolis subit au 10e jour de la convalescence du côté de l'oreille malade ; accidents cérébraux, délire, coma, etc. — Guérison. — (Résumé).

Au 10e jour de la convalescence franche et surveillée d'une fièvre typhoïde, la Dlle B..., de Vaugirard, âgée de 11 ans, est prise subitement de fièvre vive. T. 41°, puis de raideur du cou, agitation, crainte des mouvements, plaintes et cris, si on la remue ; le soir, même délire, somnolence, la malade se tient la tête, vomit, grince des dents ; elle est couchée en chien de fusil ; le ventre est plat, serré, la tête est brûlante, les pupilles dilatées plus à droite. — P. 140 ; T. 41° et 2/10 ; le soir du premier jour, léger strabisme, réponses difficiles, l'enfant a du vertige, elle se cramponne à sa mère dès qu'on la bouge, comme si elle craignait de cheoir et s'écrie au moindre déplacement de sa tête fixe.

Appelé le soir même je constate cet état méningitique évident ; j'explore l'oreille droite, qui a cessé de couler depuis longtemps.

Il existe au fond d'un méat pâle et sec, une large perforation du tympan ; le fond est grisâtre, cotonneux, blanc mat ; le stylet d'ouate ne ramène pas de pus, rien à l'apophyse mastoïde, pas de douleur au toucher ; le sterno-mastoïdien est tendu et douloureux à la pression, chaleur énorme de toute la région otique et périotique et, le long des gros vaisseaux du cou ; l'examen exigeant l'inclinaison de la tête est fort mal supporté.

Nous arrêterons là l'observation : l'enfant a guéri. Il faut se rappeler que le premier signe de cette grave complication du côté des méninges a été la raideur du cou, la contracture douloureuse du sterno-mastoïdien du côté de l'oreille malade ; celle-ci ne donnait aucun signe, sinon la sécheresse absolue de la caisse ; la suppression de l'otorrhée peu apparente ne fut constatée qu'après.

L'énorme et brusque ascension de la température chez une convalescente de fièvre grave doit donc, à l'apparition d'un torticolis, faire penser à une lésion otique. On a vu par les 2 observations que le diagnostic rapide de celle-ci n'est pas indifférente pour une heureuse terminaison.

(Observation 1,103). — J'ai vu également apparaître cette élévation extrême de température (41°) avec raideur latéro-postérieure du cou, et otalgie, chez un homme convalescent ou mieux en défervescence d'un rhumatisme cérébral, que je soignais avec le regretté Raynaud, et que nous regardions comme guéri. 48 heures après, la céphalalgie, l'insomnie disparaissent alors qu'une suppuration, une sorte de flux séro-sanguinolent s'écoulait par l'oreille, et s'accompagnait rapidemant d'une détente générale suivie du retour à la santé, qui s'est bien maintenue. L'otite suraiguë fut-elle causée par les bains froids que prenait le malade ? toujours est-il que l'alerte fut vive.

Dans ces cas, le torticolis cède assez rapidement, l'affection causale étant en décroissance. Cependant il n'en est pas souvent ainsi ; les complications, entr'autres la suppuration des cellules mastoïdiennes peuvent prolonger la durée du phénomène réflexe ; c'est ainsi qu'un de mes malades (observation 5,710) avait vu le torticolis débuter avec l'otite suppurative, et durer 2 grands mois,

en même temps que l'abcès mastoïde qui vint finalement s'ouvrir à la surface de la région mastoïdienne, sans nul soin, sans nulle intervention. Le malade offre une cicatrice déprimée caractéristique de ce côté.

Bien que relativement rare, le torticolis antérieur, ou la contracture du sterno-cléido-mastoïdien, a donc une importance pronostique très sérieuse, quand il coïncide avec une otorrhée, et des accidents aigus post-otorrhéiques, ou quand il apparaît au cours des poussées infectieuses envahissantes dans l'otite aigue suppurée. En effet, de toutes les otopathies, ce sont les suppuratives qui s'accompagnent le plus souvent de déviations de la tête, et de raideur uni ou bilatérale du cou.

Cependant, ce symptôme n'indique pas toujours des troubles aussi graves; et même, il a été constaté en l'absence d'aucune suppuration de l'organe auditif, bien que la surdité imprévue ait succédé à la crise.

Le rapport entre la contracture sterno - mastoïdienne et une affection otique non suppurative n'est pas connu; et il n'est pas douteux qu'on a du facilement oublier de le chercher.

L'exploration de l'oreille dans un torticolis ne peut venir à l'idée que si une douleur otique ou une surdité forte sont accusées au même moment par le sujet; et ce n'est pas toujours le cas, il faut que la notion du rapport que j'indique préexiste dans l'esprit de l'observateur expérimenté.

Voici un exemple curieux, en ce que les deux côtés successivement se prirent de torticolis, dans deux hivers consécutifs. Ce torticolis fut rapporté à une arthrite cervicale rhumatismale, d'autant plus que l'enfant de 11 ans faisait une croissance très rapide et que le père était rhumatisant; mais, on s'aperçut quelques semaines plus tard que l'audition allait s'affaiblissant; et finalement, la demoiselle est restée très dure d'oreille.

Observation 5,262 (octobre 1880) — Mademoiselle D... Marie, 11 ans, belle enfant; fait une croissance rapide sans accident; est prise de torticolis à gauche avec raideur, douleur des mouvements de la tête et attitude penchée, douleur à la pression mais surtout dans les mouvements; on sent un point plus douloureux, sous l'occipital, et l'on diagnostique un torticolis avec arthrite cervicale.

Mais, malgré son attitude et les douleurs au moindre mouvement, l'état général est excellent et le sommeil parfait ; il n'y a pas de fièvre ; le torticolis a l'allure d'une affection rhumatismale banale. — En 15 jours au plus, guérison totale. — Un an après, en octobre encore, le côté opposé se prend de torticolis sterno-mastoïdien et d'une façon très accusée ; douleur vive avec tension et raideur du trapèze et de la masse postérieure du cou, aucune déformation sur l'axe. La mère me fait observer que depuis l'an passé, l'enfant fait de plus en plus répéter, paraît distraite et triste, et qu'il y a certainement une surdité qui semble s'accroître d'avantage. L'audition des deux côtés est affaiblie pour la parole ; il y a une portée de 8 à 10 centimètre au plus pour la montre à droite et à gauche.

Or, la droite était encore assez bonne avant la reprise du torticolis actuel ; et l'enfant est bien plus sourde depuis cette seconde atteinte.

Il n'y a ni douleur otique, ni bourdonnement, pas de signes objectifs bien saillants ; à gauche, du côté qui fut pris l'an passé, il semble rester de l'opacité scléreuse ; les trompes sont engorgées, rien aux fosses nasales, rien à la gorge, yeux excellents, sortie de grosses molaires cette année ; de famille aisée de 9 enfants, tous bien portants ; rhumatisme chez le père. Pas d'amélioration par le traitement.

Aujourd'hui, cette fille de 25 ans, grande, bien portante, est sourde comme au début ; jamais elle n'a eu d'autre retour de contracture ; jamais de maladie.

Ici, la douleur et la raideur ont eu leur maximum à la fois à la région latérale et postérieure du cou. Il en est de même dans l'observation suivante :

Observation 1,224. — M. F..., élève dans un pensionnat, dont je suis médecin ; 17 ans, offre un torticolis violent avec rotation extrême du menton à gauche ; douleur vive à la pression sur la nuque ; immobilité absolue et crainte des mouvements de la tête.

J'étudiais déjà les affections otiques à cette époque (1864) et, je fis l'examen de l'audition. Du côté de la contracture rigide, la montre n'était entendue qu'à 10 centimètres et bien sur le front ; du côté opposé, elle était perçue à plus de 1 mètre ; à peine un

peu de bourdonnements d'oreille et pas de douleur. Un état catarrhal léger, peu de rougeur de la gorge ; le malade resta six semaines avec son torticolis et garda une oreille affaiblie pendant son séjour à l'institution.

Le nº 1,125 nous donne un type plus accusé comme manifestation otique ; le torticolis est également intense ; la déviation fixe, énorme, la douleur aux attaches du sterno-mastoïdien très vive, les mouvements sont impossibles ; il y a du bourdonnement d'oreille de ce côté ; la parole est nasonnée, la montre est perçue à 15 centimètres, à droite et à gauche.

Le pharynx est rouge et gonflé ; il existe des plaques d'herpès sur les piliers et les amygdales ; douleur vive en se mouchant et en avalant, sécrétion nuco-purulente. Le malade n'ose se coucher, tant il souffre dans cette position des tiraillements du cou ; 10 jours plus tard, l'état catarrhal est guéri ; le torticolis, la raideur douloureuse ont cessé parallèlement ; mais ici l'état auriculaire très léger et sans signes objectifs bien accusés s'est vite et totalement amélioré.

La montre est entendue à 60 centimètres à droite et à gauche au quinzième jour, et il faut de grands mouvements de rotation de la tête pour réveiller de la douleur, d'ailleurs supportable.

La guérison fut beaucoup plus longue à obtenir chez un jeune homme de 15 ans, atteint de torticolis avec bourdonnement, vertige et surdité (élève mariste), le vertige avait aussitôt attiré mon attention vers l'oreille qui fut trouvée enflammée.

On voit ici le passage du torticolis par réflexe otique à celui dû au réflexe pharyngé ; il n'est peut-être qu'apparent.

Paul Koch a publié cependant le fait d'un individu qui fut atteint de torticolis par contracture du sterno-cléïdo-mastoïdien à la suite de cautérisations trop actives de granulations du pharynx (Paul Koch, « in annales des maladies de l'oreille et du larynx », 1887, novembre, nº II). Voir Vergely, travail sur le même sujet (1).

Chez la plupart de ces malades, l'attitude du sujet frappe immédiatement le médecin, mais quelquefois la raideur n'est rendue sensible que dans le mouvement d'inclinaison de la tête que l'exploration de l'oreille nécessite.

(1) Cartaz, communication orale.

Voilà donc, en dehors de toute suppuration auriculaire, des cas de torticolis liés à des affections sérieuses de l'oreille, l'avenir apprendra les rapports précis entre la lésion otique et le siège de la contracture ; et peut-être le pronostic au point de vue de la surdité consécutive sera-t-il possible alors. Actuellement on remarque que la contracture ayant ou paraissant avoir la même intensité, la même allure, les surdités survenues à la suite ont été de gravités très diverses et, quelques unes très graves, ainsi qu'on l'a vu.

VII. — Concluons de ces observations qu'il y a intérêt à observer l'oreille et l'audition toutes les fois qu'on est appelé auprès d'un individu atteint de torticolis, même le plus simple en apparence.

Nous avons montré, dans le cours de ce travail, le torticolis symptomatique d'une lésion auriculaire évidente, reconnue, et nous avons vu qu'il est, en ce cas, associé à divers symptômes graves, et complète, si l'on peut ainsi dire, un pronostic de fâcheux augure.

Il annonce et accompagne en effet les complications mastoïdes, méningées, cérébrales ou cérebelleuses, et les fusées purulentes du voisinage, enfin, la thrombose du sinus et de la jugulaire.

Puis, nous avons montré le torticolis isolé, en apparence simple, rhumatismal, annonçant d'avance les plus redoutables complications dans des otorrhées méconnues ou séchées, oubliées.

Dans une troisième catégorie de faits cliniques, le torticolis est apparu chez l'enfant et difficile à reconnaître ; il a permis cependant de poser le diagnostic de complications des plus sérieuses dans l'otorrhée, soit dans l'otite suppurative infectieuse.

Nous avons ensuite par des observations, démontré que le torticolis banal, le plus simple, celui qu'on appelle rhumatismal, peut-être le seul symptôme d'une otite dissimulée ou peu apparente, et qu'un examen direct décèle ; la surdité succède aussi au torticolis sans qu'aucun symptôme spécial ait pu attirer l'attention du médecin.

Nous avons conclu de tous ces faits, l'obligation pour le clinicien, de procéder à l'exploration de l'oreille dans toute contracture du cou comprise sous le nom de torticolis.

IX. — Mais en dehors des états inflammatoires et des suppurations de l'oreille, le torticolis peut encore être observé sous forme de tic, de spasme du sterno-mastoïdien après la cicatrisation des lésions de l'oreille, avec la surdité absolue résultant d'une ancienne affection otique.

Toutefois, c'est encore chez d'anciens otorrhéiques que cela se rencontre (observation 13 du cahier).

J'ai quelques observations intéressantes de cette catégorie, où il est évident que le tic ou spasme de contracture a pour origine une douleur manifestement otique.

Chez une de ces tiqueuses, le retour d'une poussée ostéo-périostique sur la vieille lésion a provoqué un vif redoublement du tic, qui met en mouvement le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien du même côté (observation 32. cahier I. Salpêtrière).

Pour tout citer dans l'étiologie des raideurs du cou observées au cours de l'otorrhée, disons que nous avons examiné trois malades atteints de torticolis osseux, à la suite de mal cervical, ayant coïncidé avec l'otorrhée ; il en était résulté une déviation prononcé de la tête et une surdité incurables.

Il reste à décrire, pour être complet, une catégorie intéressante de troubles moteurs de la tête et du cou, dans leur forme la plus atténuée, et que j'ai pu observer avec les troubles de l'auditton dans l'otite scléreuse, dans l'ankylose de l'étrier, et dans le vertige de Ménière.

Ces cas sont assez fréquents ; mais il ne s'agit plus ici de contracture ; il y a de la raideur des mouvements, des attitudes inclinées, liées aussi au vertige ; des sensations de craquements dans la nuque ; l'immobilité par crainte des déplacements de la tête, et des étourdissements qu'ils causent ; c'est un diminutif du torticolis décrit plus haut.

Cependant j'ai trouvé le torticolis latéral fixe et persistant chez une malade qui paraît n'avoir eu que du vertige labyrinthique, c'est-à-dire une affection de l'oreille interne grave, puisque la surdité la plus complète survint dès le début de l'état vertigineux. Voici le fait, qui est curieux à plus d'un titre.

Observation 292 (1er cahier. Salpêtrière). — Madame P..., (11 avril 1891), surdité, vertige de Ménière, torticolis du côté sourd.

40 ans, atteinte de bourdonnement d'oreilles depuis 27 mois. Début brusque par un grand vertige avec sifflets, cloches, assourdissement, chutes à terre quelquefois depuis, avec nausées, tremblement, faiblesse demi syncopale, obnibulation, incapacité de se tenir sur les jambes. Jamais elle n'a eu de céphalée, ni de perte de connaissance, cependant elle a plus de 20 accès de vertiges, très inégaux par jour ; estomac excellent ; elle entend assez bien la parole et répond nettement aux questions. Mais son oreille droite est sourde absolument depuis le 1er accès de vertige.

L'oreille gauche est bonne, la montre est perçue à 60 centimètres de ce côté et nullement à droite ; perception crânienne nulle. Réflexes nuls, pressions centripètes positives à gauche et négatives à droite, pas de vertige provoqué ; on remarque que la malade tient la tête inclinée sur l'épaule droite, la face tournée à gauche et immobile, fixée.

Cette déviation est apparue du même coup avec le vertige et la surdité droite.

On diagnostique une lésion labyrinthique (hémorrhagie probablement) et un torticolis réflexe.

Ici, l'association du torticolis latéral avec l'affection otique et le vertige de Ménière est très nette.

IX. — Il reste encore une série de faits où avec ou sans la surdité évidente et des tintouins et des troubles de l'équilibre, on a observé des céphalées graves, des vomituritions incessantes, de la faiblesse des jambes et une contracture permanente des muscles de la nuque, sans que l'exploration ait fait découvrir aucune lésion otique appréciable (observation 146, 2me cahier. Salpêtrière).

Ce sont là des faits en dehors de notre thèse, où le plus souvent l'autopsie, comme explication du tableau symptomatique, trouve une tumeur, néoplasme ou autre, de la moëlle allongée, d'un corps restiforme (Brissaud « in Annales des maladies de l'oreille et du larynx » septembre 1891, etc). C'est une étiologie que je devais signaler en terminant.

Le Président lit une lettre de démission de M. Garnault. Cette démission est acceptée.

Le Secrétaire-général,
Dr Et. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON,

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

Aigre, de Boulogne-sur-Mer.
Aubert, d'Alger.
Hamon du Fougeray, du Mans
Joal, du Mont-Dore.
Lichtwitz, de Bordeaux.
Noquet, de Lille.
Percepied, du Mont-Dore.
Suarez de Mendoza, d'Angers

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

Artzrouny, de Tiflis (Caucase).
Bézold, de Munich.
Bomfim, de Lisbonne.
Burkner, de Gœttingen.
Colladon, de Genève.
Cozzolino, de Naples.
Cresswell-Baber, de Brighton.
Gottstein, de Breslau.
Grazzi (Vittorio), de Florence.
Guye, d'Amsterdam.
Hartmann, de Berlin.
Hering, de Varsovie.
Koch, de Luxembourg.
Kurz (Edgard), de Florence.
Moos, d'Heidelberg.
Politzer, de Vienne.
Pritchard (Urban), de Londres.
Schmidt (Maurice), de Francfort.
Schœffer, de Brême.
Schnitzler, de Vienne.
Sune y Molist, de Barcelone.
Tobold, de Berlin.